

.....
imię i nazwisko rodzica

..... 20.....
Miejscowość i data

.....
adres zamieszkania
.....

Oświadczenie o rezygnacji z uczestnictwa w lekcjach edukacji zdrowotnej

Oświadczam, że syn/córka* uczeń/ uczennica*
klasy nie będzie uczęszczał/uczęszczała* na lekcje edukacji zdrowotnej
w roku szkolnym 20...../20..... .

.....
Data i podpis rodzica / opiekuna prawnego

W związku ze zwolnieniem syna/córki*
ucznia/uczennicy* klasy Szkoły Podstawowej im. C. K. Norwida w Zakręcie z zajęć
edukacji zdrowotnej, proszę o zwolnienie syna/córki* z obowiązku obecności na w/w zajęciach
w dniach, gdy są one na pierwszej/ostatniej lekcji.

Biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za pobyt i bezpieczeństwo syna/córki* poza
terenem szkoły w tym czasie.

.....
Data i podpis rodzica / opiekuna prawnego

*- niepotrzebne skreślić

Uwaga! Deklaracja obowiązuje na cały rok szkolny